Tom II. *Maj 1900.* № 5.

CZASOPISMO LEKARSKIE

Dwa przypadki promienicy.

Podał Dr. A. Rząd.

Tożsamość cierpienia, znanego pod nazwą promienicy, z chorobą już dawniej u bydła rogatego spostrzeganą; dowiódł Ponfick w r. 1879. Od tego czasu zwrócono zwłaszcza w Niemczech na to cierpienie baczną uwagę i nauczono rozpoznawać je u człowieka. Francuzi długo byli przekonani, że u nich choroba ta zdarza się bardzo rzadko; do roku 1891 opisano we Francji zaledwie trzy przypadki promienicy. Z czasem przekonano się, że cierpienie to jest rozpowszechnione po całej Europie, lecz że, niestety, rzadko bywa rozpoznawane. Że i u nas rzecz się ma tak, a nie inaczej, dowodzi fakt, iż przed dziesięciu laty jeden Kijewski był w stanie w ciągu krótkiego czasu ($1^1/_2$ roku) zebrać i opisać w cennej swej pracy, „promienica u człowieka" aż 18 spostrzeżeń, od tego jednak czasu w naszej literaturze, za małemi wyjątkami, zapanowało w tej sprawie głębokie milczenie. Zapomniana w literaturze, nie budząc naszej czujności przy rozpoznawaniach, promienica staje się w praktyce lekarskiej niejako rzadkością. Przeto sądzę, że nie bez korzyści będzie, jeżeli pozwolę sobie podać tu dwa spostrzeżenia dotyczące tej choroby.

Teodozja K. w wieku 73 lat, dotąd zupełnie zdrowa, zwróciła się do mnie w marcu r. 1899 z powodu bólu w lewej połowie klatki piersiowej, w okolicy 10-go żebra. Chora nie kaszle, nie gorączkuje, wygląda nieźle. Badanie nie wykrywa żadnych zmian w płucach. Ponieważ chora mieszka na przyziemiu, w mieszkaniu zaś daje się zauważyć wilgoć, ponieważ córka chorej niedawno przebyła łagodny reumatyzm, sądziłem, że i tu mamy do czynienia z bólem na tle gośćcowem. Przedsiewzięte w tym kierunku leczenie skutków pożądanych nie dało. Natomiast w kwietniu zauważyłem w chorym boku niewyraźne stłumienie, sięgające górną granicą do 7-go żebra wzdluż linji łopatkowej i rozchodzące się ku dołowi w postaci trójkąta, którego podstawa przypadała mniej więcej na 10-te żebro, jeden bok nie dosięgał kręgosłupa, drugi dochodził do linji pachowej tylnej. Przy wy-

słuchywaniu nie znalazłem ani rzężeń, ani tarcia opłucnej. Chora w dalszym ciągu nie kaszlała. Przypuszczałem tym razem, iż sprawa skończy się na zapaleniu opłucnej, lecz jakież było moje zdziwienie, kiedy w końcu maja chora, której nie widziałem blizko przez miesiąc, zwróciła sama moją uwagę, że w miejscu bolesnem zaczyna się tworzyć jakiś guzik. Rzeczywiście, na wysokości 10-go żebra znalazłem obrzmienie, o postaci owalnej, twarde, napozór zrosłe z żebrem. Stłumienie wyżej opisane było wyraźniejsze, niż dawniej, lecz zdaje się, pozostało w dawnych granicach. Dźwięk oddychowy na przestrzeni stłumienia osłabiony, wydych nabiera charakteru oskrzelowego. Wobec osobliwego przebiegu choroby i wykluczenia innych możliwych tu cierpień, przyszło mi na myśl, iż mam do czynienia z promienicą. Tajemniczy guzik zaczął niebawem mięknąć po środku, dając wrażenie chełbotania, lecz na radę moją co do zabiegu chirurgicznego chora nie zgodziła się. Chcąc jednak wyświetlić sobie przynajmniej istotę cierpienia, w połowie lipca postanowiliśmy z jednym z kolegów zrobić próbne przekłucie. Igła, nie dochodząc do opłucnej natrafiiła na ognisko, i w strzykawce pokazała się nieznaczna ilość płynu gęstego, żółtawego. Badanie drobnowidzowe nie potwierdziło podejrzeń moich co do promienicy. Zagadka w dalszym ciągu nie została rozwiązana, a zaleconego przeze mnie jodku potasu chora nie znosiła. Ognisko ropne powiększało się z dnia na dzień, bóle stawały się coraz dokuczliwsze; wobec tego chora zdecydowała się w sierpniu pojechać do Warszawy i poddać się operacji. Tam ograniczono się do przecięcia ropnia, przyczem nie znaleziono drogi do jamy opłucnej. Kość, podobno, uszkodzona też nie była. Rana, opatrywana przeważnie jodoformem, goiła się powoli, lecz chora, uwolniona od bólu, czuła się widocznie dość silną i zdrową, kiedy przedsięwzięła podróż do Częstochowy, o czem dowiedziałem się we wrześniu, wezwany do mieszkania pacjentki. Od czasu ostatniego mego widzenia jej, chora zmieniła się do niepoznania. Skóra szarawej barwy, wychudzenie znaczne, upadek sił. Chora leży, miewa dreszcze, gorączkuje, oddycha ciężko, kaszle, pluje dużo. Plwocina cuchnąca, brudno zielona; tętno niemiarowe. Rana pozostała po przecięciu wrzodu pokryta ziarniną, przetoki w głąb zauważyć się nie daje. Dokoła rany, wyżej opisane stłumienie stało się bardzo wyraźne, lecz wązki pas pomiędzy kręgosłupem, a odpowiednim brzegiem stłumienia daje odgłos wypukowy normalny. W górnym zrazie płuca prawego daje się też stwierdzić bardzo wyraźne stłumienie, w obrębie którego ucho słyszy oddech oskrzelowy z mnóstwem rzężeń drobnopęcherzykowych. Zresztą, rzężenia wystąpiły teraz po całych płucach. Dawne ognisko też daje wyraźne wrażenie wydechu oskrzelowego. Tony serca zmienione tyle, iż występują niekiedy w zdwojeniu, to znów skok koński przypominają. W prawem ramieniu bóle strzelające aż do łokcia.

W tem rozpaczliwem położeniu chorej postanowiłem jeszcze raz uciec się do jodu, który tym razem pacjentka łaskawiej przyjęła, oraz zacząłem dawać wewnątrz olejek eukaliptusowy z tranem. Po dwuch tygodniach gorączka zaczęła spadać, plwocina utraciła przykrą woń, tętno stało się miarowem, chora zaczęła dostawać łaknienia. Po trzech

tygodniach poprawa poszła tak daleko, iż chora zaczęła wstawać, a mnie zaczęła świtać nadzieja powrócenia chorej całkowitego zdrowia. Jakoż stłumienie, świeżo w górnym zrazie prawego płuca powstałe, zaczęło pierwsze zwolna ustępować, tak iż dzisiaj możemy usłyszeć zaledwie ślady takowego. Stare ognisko, od którego się cierpienie było zaczęło, trzyma się uporczywiej, lecz i w niem widać pewną poprawę ku lepszemu. Rzężenia po całych płucach dają się wprawdzie jeszcze słyszeć, lecz w mniejszej, niż dawniej ilości. Pacjentka utyła, nie gorączkuje od kilku miesięcy (od października), krząta się po całych dniach po mieszkaniu, od połowy lutego wychodzi na ulicę.

Na początku r. b. z powodu bólu w prawem ramieniu odbyliśmy z jednym z kolegów jeszcze raz wspólną naradę u chorej. Jakkolwiek co do rozpoznania zgodziliśmy się na promienicę, to drobnowidz znów zaczął budzić pewne wątpliwości, aż nareszcie i on w rękach kol. Serkowskiego przemówił na korzyść mojego pierwotnego rozpoznania. W plwocinie znalazły się twory charakterystyczne, o czem pozwolę sobie uczynić uwag parę.

We wszystkich dostępnych mi podręcznikach, kiedy mowa o wykrywaniu grzybka promienistego znajdujemy jako pierwszą (a najczęściej jedyną) wskazówkę, że w badanej cieczy trzeba szukać grudek, zlepków grzybka, przedstawiających się w postaci ziarnek, począwszy od bardzo małych, aż do wielkości prosa. Grudek takich w pierwszym okresie choroby nie szukałem, ponieważ uwaga moja w tym kierunku niczem nie została zwróconą. Kiedy w lipcu zacząłem podejrzewać promienicę, w cieczy, otrzymanej przy przekłuciu próbnem, grudek pomimo baczności nie zauważyliśmy i już to samo wobec powyższych zleceń podręczników pozbawiło mię pewności rozpoznania, tembardziej, że i drobnowidz nic charakterystycznego nie wykrył. Dopiero po dokładniejszem przejrzeniu odpowiedniejszej literatury, widzę, że zabiegi, przedsięwzięte w celach rozpoznawczych były niedostateczne, a wykonanie ich było wadliwe. Okazuje się, iż grzybek promienisty należy do beztlenowców i w ogniskach hermetycznie zamkniętych, to jest w warunkach rozwoju korzystnych, może wcale nie tworzyć grudek o znanym powszechnie wyglądzie, lecz przedstawiać się w postaci włókienek widełkowato się dzielących lub zakrzywionych laseczek. Dopiero, kiedy zbieramy wydzielinę z jakiejś przetoki, kiedy zatem grzybek ulega wpływowi tlenu atmosfery, na włóknach pasorzyta wytwarzają się znane zgrubienia maczugowate (oznaki zwyrodnienia), a same włókienka tworzą kłębki, które dają się zauważyć i nieuzbrojonem okiem. W omawianym przypadku ognisko, z którego czerpaliśmy tworzywo do badania, powstało prawdopodobnie w opłucnej, pasorzyt rozwijał się w niem bez dostępu powietrza i pod

drobnowidzem mógł łatwo ujść uwagi badacza, hodowli zaś nie przedsiębrano. Z drugiej strony, trzeba pamiętać i o tem, że tam znowu, gdzie grudki mogą istnieć w ognisku, mogą one przez zbyt cienką igłę nie być w stanie przedostać się do strzykawki. W moim przypadku możliwość ta jest wykluczona.

Co do wykrycia pasorzyta w plwocinie, to przedstawia ono nieraz podobno trudności niepokonane. Wszak tu mamy do czynienia nie z jednym grzybkiem promienistym. W bujnym rozroście współtowarzyszów schodzi on na ostatnie pole. Jeżeli przy tem uwzględnimy jego dowiedzioną wielopostaciowość, to zrozumiemy, dla czego może go odkryć tylko wprawne oko i tylko wtedy, kiedy się go szuka celowo. Gdybym był zobaczył chorą pierwszy raz we wrześniu, ze zgęszczonym prawym wierzchołkiem, w potach, wyniszczoną — właściwa natura cierpienia nie przyszłaby mi na myśl, a drobnowidz możeby nigdy rozpoznania nie był potwierdził. Przyznaję wszakże, iż znając dokładnie naturę pasorzyta, byłbym może już od paru miesięcy przestał błąkać się w przypuszczeniach i powątpiewaniach.

Z doświadczenia swego nie omieszkałem przynajmniej skorzystać, zobaczywszy drugi przypadek tego samego cierpienia.

Mianowicie, 14 lutego r. b. zgłosił się do mnie o poradę Idzi G. w wieku lat 29, robotnik fabryczny. Choremu dolegał ból w lewym policzku, który znalazłem mocno obrzękłym, pokrytym skórą sinawej barwy, z tłustawym połyskiem. Przy obmacywaniu znalazłem pośrodku policzka niewielki guzik z wyraźnem chełbotaniem, bolesny, wokoło zaś guzika niezmiernie twarde, niebolesne nacieczenie, tak iż z trudnością dało się odróżnić granice, gdzie kończyły się części miękkie, gdzie zaczynała się kość. Pod szczęką jeden gruczoł obrzęknięty mocno. Błona śluzowa chorego policzka, zmian żadnych nie przedstawiała. W górnej szczęce sterczy pień przyłamanego zęba. Chory mówi, że w październiku r. 99 zabolał go ząb, który został przy próbach wyjęcia przyłamany, poczem dziąsła opuchły, wytworzył się ropień, który następnie pękł, zagoił się, pozostawiając po sobie obrzęk, który od 4-ch tygodni zaczął się powiększać. Bolesny guzik pośrodku obrzmienia dał się zauważyć dopiero od kilku dni.

Przebieg choroby, wygląd chorego miejsca, drewniana twardość obrzęku, pośrodku mały, bolesny, chełboczący guzik, nasunęły myśl o promienicy. Pamiętając o niedostatecznej wartości próbnego przekłucia w celu wydobycia zawartości guza, ewentualnie wyłowienia czynnika chorobotwórczego, postanowiłem zrobić małe nacięcie, a otrzymaną tą drogą ciecz przelałem w naczynie wyjałowione. Drobnowidz odrazu wykazał w otrzymanej ropie twory charakterystyczne, a kol. Serkowski na buljonie i w jajku wychodował czyste kolonje grzybka promienistego. Zauważę tu, że znanych powszechnie grudek w otrzymanej ropie nie dostrzegłem, co mogłoby mnie znów bałamucić, gdybym nie pamiętał o bezpowietrznych warunkach bytu poszukiwanego

drobnoustroju. Chory został oddany w opiekę kolegi Kruschego, który przy operacji znalazł całą wiązkę gruczołów obrzękłych oraz uszkodzenie szczęki górnej.

Przypadek nasuwa mi następujące uwagi: 1). Wbrew twierdzeniu Kijewskiego i innych, grzybek promienisty może wywoływać sam ropienie, bez współdziałania innych drobnoustrojów. 2) Promienica może wywoływać obrzęk gruczołów, sąsiadujących z ogniskiem zapalnem, a więc może się szerzyć drogą naczyć chłonnych, lub wytwarzać pewne toksyny, czemu przeczą niektórzy autorowie.

W przytoczonych tu przypadkach mamy przedstawicieli dwóch głównych typów umiejscowienia sprawy chorobowej. Pierwszy, według słusznego podziału Florkiewicza, przedstawia promienicę pierwotną narządów wewnętrznych, w danym wypadku płuc, drugi zewnętrznych, jak w tym razie szczęki i policzka. Dzięki nieokiełznanemu pędowi choroby w kierunku szerzenia się na bezpośrednie sąsiedztwo ognisk pierwotnych, tak iż niema organu w ustroju ludzkim, któryby jeszcze od promienicy nie ucierpiał, dwa te typy z biegiem czasu, w późniejszych okresach rozwoju, zacierają się, dzięki zaś rozmaitości postaci pod jakiemi choroba może przebiegać, do czynienia może z nią mieć i chirurg i lekarz-terapeuta. Ten ostatni do r. 1892 wobc cierpienia omawianego był zupełnie bezradny. Jedynie w przypadkach, dostępnych dla zabiegów operacyjnych, można było rachować na wyleczenie i tu jednak śmiertelność wynosiła przeszło 15%. Promienica z ogniskami pierwotnemi wewnętrznemi, z wyjątkiem przypadków rzadkich, gdzie następowało wyleczenie sua sponte przez eliminację zarazku, prowadziła niechybnie do śmierci. I dziś nie możemy się poszczycić umiejętnością zwalczania tej choroby przez jakiś lek swoisty, posiadamy jednak niewątpliwego sojusznika przeciw temu wrogowi w jodku potasu. Wprawdzie i o nim jedni wyrażają się z zachwytem, drudzy nie przyznają mu żadnej wartości w danej sprawie, jednak, zestawiając wszystkie dane za i przeciw, trzeba przyznać rację tym, którzy widzą w środku tym chociaż nie specificum, lecz bądź co bądź dzielny adjuvans, zwłaszcza w przypadkach, niepowikłanych obecnością innych drobnoustrojów. Ponieważ promienica płuc względem mocy chirurga i względem jednolitości zakażenia znajduje się w warunkach jaknajniekorzystniejszych, jest przeto zrozumiałem, że rozpoznanie tej postaci cierpienia równało się dotąd prawie zawsze wyrokowi śmierci. W roku zeszłym jednak ogłoszono o dobrych wynikach stosowania olejku eukaliptusowego, do którego uciekłem się i ja w swoim przypadku. W braku zupełnego zaufania stosowałem leczenie połączone z jodkiem potasu, nie wiem przeto, czemu przypisać obecny stan

chorej. Widzę jednak, iż podając na dobę około 1,5 Kalii jodati, i 1,0 Ol. Eucalypti, wynik otrzymałem bardzo zadawalniający.

O promienicy pisali u nas: [1]) *Barącz.* Przegląd lek. 1890. Nr. 18—22. [2]) *Tenże.* Przypadek promienicy płuc i klatki piersiowej Przegl. lek. 1891. Nr. 25, 26. [3]) *Tenże.* Przenośność promienicy z człowieka na człowieka. Przegl. lek. 1888. Nr. 14. [4]) *Florkiewicz.* Dwa przypadki prom. Gaz. lek. 1885. [5]) *Tenże.* Kilka uwag nad prom. u ludzi. Medycyna 1888. Nr. 52. [6]) *Gabszewicz.* Spraw. z posiedz. Tow. Lek. Warsz. 1898. 15 marca. [7]) *Halban.* Kron. Lek. 1896. [8]) *Kijewski.* Promienica u człowieka. Warsz. 1891, [9]) *Matlakowski.* Gaz. lek. 1889. Nr. 3. [10]) *Rydygier.* Now. lek. 1895. Nr. 8 i 9.

Z pracowni chemiczno-bakterjologicznej Dr. St. Serkowskiego w Łodzi.

O produktach spożywczych w Łodzi.

II. MLEKO. *)

Opracował **Dr. Stanisław Serkowski.**

Części składowe mleka podlegają znacznym wahaniom w zależności od bardzo wielu przyczyn; prócz tego, każdy kupiec nabywać może mleko z rozmaitych źródeł: mleko więc w jednym i tym samym sklepie może nie zawsze posiadać jednakowe własności. Chcąc się przekonać, czy i o ile da się to powiedzieć o mleku łódzkiem, zbadałem trzykrotnie, z przerwami tygodniowemi, mleko № 2 (p. „Czas. Lek.“ 1900 № 3), jako najlepsze, i trzy razy № 1, jak najgorsze — według badań poprzednich. Wyniki streścić można, jak następuje:

№ 2: śmietanki 15%, tłuszczu 3,15%, bakterji niechorobotwórczych 2800 w. 1 cm. sześć., domieszek niema, mleko dobre.

№ 12: śmietanki 12%, tłuszczu 3%, bakterji niechorobotwórczych 600 w 1 cm. sześć., domieszek żadnych.

№ 15 zawierał 8400 bakt., a *№ 23* — 3500 bakterji, zresztą zgadzały się z № 12.

Stosownie więc do wyników czterech analiz, z których pierwsza (№ 2) uskuteczniona była w styczniu, dwie (№ 12 i 15) w końcu mar-

*) P. Str. 94.

ca, a jedna (№ 23) w kwietniu r. b., mleko w jednej z mleczarni łódzkich jest zawsze dobrem i zdatnem dla użytku.

Odwrotnie, zawsze jednakowo złem i niezdatnem jest mleko w pewnym sklepiku, a mianowicie badania:

№ 1: tłuszczu 1,12%, domieszka 20% wody brudnej, miljony bakterji, w tej liczbie laseczniki gruźlicze.

№ 11: to samo, lecz laseczników gruźl. nie znalazłem.

№ 14: 25% wody, gruźlicy niema, miljony bakterji.

№ 22: 20% wody, b. duża ilość laseczników gruźliczych.

Jeżeli obecnie, przy stosunkowo nizkiej temperaturze (zaraz po przyniesieniu do laboratorjum t.° mleka tego wynosiła około 12° C), mleko w danym sklepiku mało zasługuje na miano mleka, to ileż ono zawierać będzie bakterji w lecie i iluż nieszczęść może się stać przyczyną!

Na rynkach łódzkich ilość bakterji w 1 cm. sześć. mleka waha się w bardzo szerokich granicach, od 19,500 do 3,200,000, a mianowicie:

№ 13	zawiera	25,000	bakt. w 1 cm. sześc.
№ 16	„	148,000	„
№ 19	„	625,000	„
№ 20	„	3,200,000	„
№ 22	„	19,500	„
№ 27	„	2,500,000	„

Laseczników gruźliczych nie znalazłem w mleku na rynkach ani razu, natomiast № 19 i № 20 zawierały laseczniki kątnicy, № 27 — bac. proteus vulgaris, a w pewnem mleku, przysłanem mi do zbadania przez p. S-n, znalazłem w osadzie około 100 tys. bakt. w 1 cm.³, przeważnie bact. coli com., a na powierzchni — bact. syncyaneum, laseczniki mleka błękitnego, które wydzieliłem w czystej hodowli, a kolonie odfotografowałem.

Pod względem jakości można mleko na rynkach podzielić na trzy kategorje: do 1-ej należy mleko zbierane, ale bez domieszki wody, do 2-ej nawpół zebrane, też bez domieszki wody, a do 3-ej, najliczniejszej, mleko nawpół zebrane z dodatkiem 5—10% wody.

I kateg. *№ 17* — zbierane, nie rozrzedzone wodą, bez dodatku sody lub kredy, tłuszczu 2,563%.

II kateg. *№ 21* — cechuje się tąż samą odsetku tłuszczu; jest to mleko nawpół-zbierane (cięż. gat. nad 1,032), bez dodatku wody i bez tłuszczu.

Do III najliczniejszej kategorji zaliczyć można 8 następujących prób, a mianowicie:

	№ 13	z domieszką	5%	wody,	w dużej ilości sody	(3/4 popiołu);	tłuszczu	1,543%
Nawpół-zbierane.	№ 16	„	10%	„	sody	niewiele,	tłuszczu	2,155%
	№ 18	„	5%	„	„	niema,	„	2,155%
	№ 19	„	5%	„	„	dużo,	„	1,747%
	№ 20	„	10%	„	„	niema	„	1,645%
	№ 22	„	10%	„	„	„	„	1,849%
	№ 27	„	10%	„	„	„	„	1,951%
	№ 28	„	10%	„	„	„	„	1,747%

Stąd dochodzę do wniosku, że około 80% mleka na rynkach łodzkich zawiera domieszkę wody, wskutek czego oraz wskutek mięszania mleka zbieranego wieczorowego z niezbieranem rannem (taka kombinacya najbardziej jest tu używaną) odsetka tłuszczu jest zbyt nizką, przeciętnie około 1,844%. Małą jest również ta odsetka tłuszczu w mleku na przedmieściach (№ 24 zawiera 2,563, № 25—2,155, № 26—1,747%), oraz w sklepach łódzkich (przeciętnie około 2,024%). Mleko prawidłowe powinno zawierać co najmniej 2,75% tłuszczu.

Z tych samych powodów, zauważyć należy, prócz tłuszczu, zmniejszoną zawartość w mleku tutejszem wogóle części stałych. Naprzykład, cukru mlecznego w № 13 zawiera się tylko 2,55%, w № 14—3,33% (prawidłowo powinno być cukru 4%, według Wynter-Blyth'a); białka zaś w mleku № 18—3,41%, w № 13—4,45%, w № 14— 3,76%, w № 27—3,06%, w № 28—4,20%, w mleku przysłanem pod nazwą „zagranicznego" 3,27% (prawidłowo zaś kazeiny z albuminą i laktoproteiną powinno być przeszło 4,75%). Białko i cukier określałem (w analizach od № 20 do № 28 wspólnie z p. Orzechowskim) według sposobu Ritthausen'a.

Przeciąg czasu od chwili udoju aż do zwiększania się stopnia kwaśności Soxhlet nazywa okresem inkubacyjnym (Incubationsstadium). Trwa on tem dłużej, im częściej i prawidłowiej mleko wydojono i przechowano. Świeże mleko krowie. bezpośrednio po udoju, wskazuje zwykle 10°—18°, a po 6 godzinach w zimnie 14°—25°, po następnych 48 godzinach — 40°—100°. Stopnie to oznaczają pomnożoną przez 10 (odnośnie do 100 cm.³) ilość $^1/_{10}$ norm. ługu mianowanego, dodanego do 10 cm. sześc. mleka włącznie z 20 cm.³ wody i 5 kroplami 5% alkoh. phenolphtaleiny, aż do zjawienia się barwy różowej. Jest to metoda W. Thörner'a i Pfeiffer'a. Zastosowałem ją do badań mleka.

Wiedząc stopień kwaśności danego mleka, bardzo łatwo można wyliczyć ilość kwasu mlecznego: w tym celu użytą ilość $^1/_{10}$ norm. ługu należy pomnożyć nie przez 10, a przez 0,009.

W następującem zestawieniu przedstawiam otrzymane wyniki:

№	Czas badania	Stopień kwaśności	Ilość kwasu mlecznego
№ 11	Zaraz po przyniesieniu do pracowni	50°	0,0450
№ 12	Zaraz	18°	0,0162
№ 14	Zaraz	30°	0,0270
„	Po 8 godzinach	35°	0,0315
„	Po 24 godzinach	50°	0,0450
№ 15	Zaraz po przyniesieniu	20°	0,0180
„	Po 24 godzinach	50°	0,0450
№ 16	Zaraz po przyniesieniu	30°	0,0270
№ 19	„	30°	0,0270
№ 20	„	50°	0,0450
№ 21	„	30°	0,0270

№	Czas badania	Stopień kwaśności	Ilość kwasu mlecznego
№ 22	Zaraz po przyniesieniu	20°	0,0180
„	Po 9 godzinach	28°	0,0252
„	Po 24 godzinach	50°	0,0450
№ 23	Zaraz po przyniesieniu	20°	0,0180
№ 24	„	20°	0,0180
№ 25	„	25°	0,0225
№ 26	„	20°	0,0180
№ 27	„	20°	0,0180
„	Po 8 godzinach	22°	0,0198
№ 28	Zaraz	30°	0,0270
„	Po 8 godzinach	35°	0,0315
Mleko zagraniczne	Zaraz	18°	0,0162
„	Na 3-ci dzień	70°	0,0630

Przeciętnie więc stopień kwaśności mleka, badanego bezpośrednio po przyniesieniu do pracowni, wynosił prawie 25°. Przyjmując za normę 14° mleka świeżo wydojonego i biorąc pod uwagę obecną porę roku, można by podać 6—8 godzin, jako okres czasu od udoju do chwili przyniesienia do pracowni. W rzeczywistości jednak te ostatnie cyfry nie są ścisłe, zwykle bowiem na rynki i na sprzedaż idzie mleko mieszane, wieczorowe i ranne.

* * *

Na mocy trzymiesięcznych badań, oraz zbieranych wiadomości i na mocy porównania z wynikami analiz w innych miejscowościach, doszedłem do przekonania, że mleko w Łodzi jest nie lepsze i nie o wiele gorsze, niż w większości dużych miast.

Mam przed sobą, naprzykład, wyniki badań mleka w Krakowie przez prof. O. Bujwida, który znajdował na rynkach od 372,000 do 11,960,000 bakt., a w mleczarniach od 30 tys. do 10 miljonów w 1 cm. sześc. mleka niesterylizowanego, t. j. wogóle więcej, niż ja znajdowałem (z wyjątkiem próby № 1) w Łodzi, która natomiast może się poszczycić obecnością laseczników gruźliczych, nieobecnych w 15 próbach mleka krakowskiego. Gruźlicę znajdowali w mleku rozmaici autorzy prawie we wszystkich większych miastach (szczegóły patrz moje „Mleko i bakterje" str. 78—79).

Mleko krakowskie zawiera od 1½ do 2½ % tłuszczu, co też jest bardzo zbliżonem do mleka łódzkiego. W Moskwie Orłow w mleku sklepików drobnych znajdował około 2,42% tłuszczu.

Podczas gdy inne wielkie miasta dążą energicznie do usunięcia wad i fałszerstw i do zapewnienia ludności dobrego mleka, Łódź w tym kierunku ani nawet żółwim nie postępuje krokiem. Za granicą, a zwłaszcza w Prusach (Veröff. d. kaiserl. Gesundheitsamtes 1899 № 42) wydano już szereg rozporządzeń w celu zaradzenia złemu. U nas zaś jeszcze żadne przepisy nie stanowią tamy oszustwu w han-

dlu mlekiem i chęci łatwego zarobku. W Łodzi, naprzykład, znajduje się na rynkach mleko nawpół-zbierane, rozrzedzone wodą i zawierające sodę, w sprzedaży sklepowej znajduje się też mleko fałszowane, niekiedy z wadami (mleko skwaśniałe i błękitne), a nawet z zarazkami chorobotwórczemi (b. coli com., b. tuberculosus, proteus vulg.), świadczącemi o braku dozoru nad mleczarstwem. Prócz tego, mleko omawiane zawiera zbyt nizką odsetkę tłuszczu, zmniejszoną ilość białka i cukru: wartość pożywna tegoż mleka jest mniejszą o połowę, niż być powinno, nie mówiąc już o jego szkodliwości.

Chęć łatwego zarobku, nawet kosztem zdrowia swoich klientów, zbyt głębokie zapuściła korzenie wśród wzbogających się kupców, by usiłowania jednostek mogły dać wyniki dodatnie i usunąć zło.

Niejednokrotnie już poruszałem kwestję utworzenia kontroli nad mleczarstwem, obejmującej nietylko mleko, jako takie, nietylko mleczarnie i sklepiki, ale i obory, stan zwierząt, warunki hygieniczne. a nawet stan zdrowia osób, przyjmujących udział w mleczarstwie. Kontrola powinna wynagradzać straty, powodowane wycofaniem ze sprzedaży mleka szkodliwego, zabijaniem lub izolowaniem bydła zakażonego, wynagradzać dobrze urządzone obory i mleczarnie, oświecać ogół przez odczyty i broszury popularne, działać przymusem na tych, co wyrachowania handlowe stawiają ponad wszystko, ponad dobro ogółu.

Kontrola tak zorganizowana, kontrola społeczna, nie jest bynajmniej mrzonką, i przy dobrej woli społeczeństwa dałaby się w czyn wprowadzić.

Zanim zaś projekty te staną się rzeczywistością, należy rozważyć, co można by tymczasem zrobić i jak ochronić ludność od wyzysku i oszustwa i jak zabezpieczyć ją pod względem dobroci produktów spożywczych.

Organy policyjne są wprawdzie obecne na rynkach, ale nie znając się na produktach, nie mają żadnej podstawy do ocenienia, resp. odrzucenia mleka, masła i t. p. W takich warunkach projektowana pracownia hygieniczna miejska w Łodzi, która składać się ma z dwóch pracowników. nie będzie w stanie ukrócić istniejących nadużyć: będzie może zarzucona masą produktów zupełnie dobrych, a może wcale nie otrzymać zafałszowanych.

Jestem tego zdania, że, prócz głównej pracowni, powinny być na samych rynkach utworzone *małe stacje.* Jeżeliby urządzenie takich małych stacji do badań odręcznych na każdym rynku byłoby sprawą trudną do urzeczywistnienia, częściowo może mógłby zaradzić złemu jeden *oddział ruchomy,* składający się z trzech osób, lekarza-hygienisty, chemika i lekarza weterynarji. Przy każdym z rynków powinien znajdować się mały pokoik, w którym, na żądanie policji, oddział sanitarny ruchomy kwalifikował by odręcznymi sposobami produkty spożywcze, jedne do analiz ścisłych w pracowni głównej, inne do sprzedaży. Organy zaś policyjne też powinny usłyszeć od fachowców i zobaczyć w praktyce, w jaki sposób i czem się kierować należy przy ocenie wartości i jakości produktów.

Szpitalnictwo w gubernji Radomskiej.

Opracował Dr. **H. Fidler.**

Starszy Ordynator szpitala starozakonnych w Radomiu.

Ciąg dalszy.

Finansowość szpitali. a) dochody. Przechodzę teraz do drugiej części mej pracy do finansowej strony obecnego i przyszłego szpitalnictwa. Szpitale posiadają następujące dochody:

1. odsetki od żelaznego kapitału
2. czynsze dzierżawne i nieruchomości
3. zapomogi od Rządu.
4. zapomogi od miast i gmin
5. ofiary i wpływy z koncertów, balów, loteryj fantowych i t. p.
6. przypadkowe dochody
7. zwrot kosztów leczenia
8. resztka kasowa *).

1. Żelazny kapitał powstał z ofiar prywatnych i rządowych od chwili założenia szpitala, a wynosił w r. 1897 następujące summy:

Tab. X.

w Radomiu	Św. Kazimierza	19516 r.
	Starozakonnych	20369 r.
w Staszowie		13846 r.
w Opatowie		12220 r.
w Opocznie		20540 r.
w Sandomierzu		39711 r.

Najlepiej więc jest uposażony szpital Sandomierski, a najgorzej Opatowski. Ofiarność jednak publiczna w tym kierunku się nie wysiliła, gdyż wzrost coroczny kapitałów zależy od doliczenia odsetek od nich, jak to widać z następującej tablicy, zawierającej wykazy za lat 10 od 1888 r. po 1897 włącznie.

---

*) *Uwaga.* Ostatnią pozycję pomieściłem, gdyż wykazaną jest w sprawozdaniach i do wykazania ogólnej summy dochodów jest konieczną. Lecz naturalnie nie stanowi ona właściwie żadnego źródła dochodu, a tylko oszczędność z poprzedniego roku, które wchodzi do budżetu następującego roku, po większej części na wypłaty zaległych rachunków z roku poprzedniego, których nie zdołano uregulować do końca roku sprawozdawczego. Wspominam o niej tylko pobieżnie.

Tab. XI.

Rok	Radom		Opatów	Opoczno	Staszów	Sandomierz
	Św. Kazimierza	Starozakonnych				
1888	17993	14300	11863	14235	13846	33533
1889	18608	14750	13000	14749	13846	30135
1890	18662	14830	12074	17522	13846	30135
1891	18608	14830	12080	19375	13846	35250
1892	18663	16140	12084	18842	13846	36077
1893	19008	16535	12084	18842	13846	36077
1894	19268	19785	12084	18842	13846	36077
1895	18671	19767	12100	18700	13846	38637
1896	19203	20141	12100	20868	13846	40248
1897	19605	21200	12462	22052	13846	40248

a więc kapitały wzrosły o pewną odsetkę w przeciągu 10 lat w następującym stosunku:

u św. Kazimierza o	9%
„ starozakonnych „	48%
w Opatowie	5%
„ Opocznie	55,8%
„ Staszowie	0
„ Sandomierzu	20%

Kapitał szpitalny ulokowany w Banku przynosi 5%, przeto gdyby kapitał ten zwiększał się tylko o należną mu składaną odsetkę, to winien by był powiększyć się o 63% w przeciągu wyżej wymienionych 10 lat. Ponieważ kapitał wzrósł o odsetkę mniejszą aniżeli należną mu za 10 lat, przeto wypada, iż część tych odsetek używaną była na bieżące potrzeby, a część tylko się kapitalizowała.

2. Czynsze dzierżawne z nieruchomości przedstawiają się jak następuje:

Tab. XII.

Rok	Radom		Opatów	Opoczno	Staszów	Sandomierz
	Św. Kazimierza	Starozakonnych				
1888	1600	20	36	757	0	4152
1889	1600	114	45	794	10	3151
1890	1600	25	40	749	10	3584
1891	1600	60	0	676	10	3990
1892	1600	25	0	749	0	4325
1893	1600	25	0	749	0	3767
1894	1600	25	15	500	15	4196
1895	1600	0	110	906	10	4173
1896	1600	0	105	906	10	3197
1897	1600	0	161	833	10	4085
Średnio rocznie	1600	29	61	761	7,5	3854

Dochody powyższe mają swe źródło w wydzierżawianiu majątków nieruchomych, stanowiących własność szpitali, i podlegają wahaniom zbiegiem czasu, gdy się zmieniają ceny dzierżawne.

3. Zapomogi od Rządu.

Tu przytoczę wiadomości, zebrane za lat 28 od roku 1870 po 1897.

Tab. XIII.

Rok	Radom		Opatów	Opoczno	Staszów	Sandomierz
	Św. Kazimierza	Starozakonnych				
1870		800				
71						
72	1596	300	1067			
73	1000	300	100			
74	1050	300	100			

Rok	Radom: Św. Kazimierza	Radom: Starozakonnych	Opatów	Opoczno	Staszów	Sandomierz
1875		300				
76	500	800	100	1000		
77		300			1000	
78		300	500			
79						
1880		300				
1		300				
2		300			1820	
3	600	300		4745		
4		300				
5	400	757				
6	500	150				
7		776				
8		400				
8		150				
1890		150				
1		150				
2		150				
3		150				
4		150				
5						
6					634	
1897						
Średnio rocznie	312	278	66	205	123	0

Zapomogi Rządowe wydawane były w bardzo krytycznych chwilach dla szpitali.

Zapomogi te mają charakter przeważnie dorywczy, wydawane bywają albo przez ministerjum z funduszów skarbowych albo też przez Radę Dobroczynności publicznych z sum, powstałych z kar za przekroczenie prawideł akcyzy i z przypadkowych dochodów. Mają one charakter dorywczy, za wyjątkiem szpitala starozakonnych, który otrzymywał stałe zasiłki. Lecz szpital ten, walcząc stale z nędzą, był w tym położeniu, iż myślano jednego roku o zamknięciu go w braku środków na utrzymanie. Tem się tłumaczy stała pomoc Rady dla niego. Wogóle jednak te zapomogi były wydawane dla zaspokojenia niezbędnych potrzeb, jak spłacenie długów, przebudowanie, budowę

nowych budynków, sprawienie bielizny i t. p., na co fundusze szpitalne nie wystarczyły. Przytoczyłem tu umyślnie dane za lat 28 t. j. od chwili powstania Rady Dobroczynności publicznej, by dać pełny obraz stanu zapomóg rządowych.

D. c. n.

Towarzystwa lekarskie prowincjonalne.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie z d. 21 Marca 1900 r.

I. Kol. *Rosenblatt* przedstawia 49 letnią kobietę, u której w Styczniu r. b. znalazł powiększony migdał prawy. Badanie drobnowidzowe guza. usuniętego za pomocą galwanokautera, wykazało obecność tkanki adenoidalnej. Obecnie ten sam migdał powiększony, zrośnięty ze zgrubiałą ścianką gardzieli i nagłośnią. Przed 2 tygodniami częściowe usunięcie migdała. Wiek, umiejscowienie i szybki przebieg przemawia za *złośliwym nowotworem.*

II. Kol. *Olszewski* przedstawił chorego 25-letniego *xeroderma pigmentosum.* Początek choroby datuje się od lat 14. Skóra szyji, pleców, grzbietu, brzucha, piersi i dolnych kończyn aż do kolan pokryta licznemi plamkami pigmentu. Plamy różnej różnej wielkości — od główki szpilki (takich najwięcej) do 15 kop. Gdzieniegdzie blizenki, wskazujące na zanik skóry.

Prócz tego widzimy kilkanaście różnej wielkości guzów; — od ziarnka prosa do orzecha włoskiego, miękkich, zbitością przypominających tłuszczak (śluzak). Oprócz wymienionych 13 narośli K. Olsz. wyciął dwa guzy wielkości pomarańczy: jeden z nich w okolicy lędźwiowej prawej — drugi w okolicy pośladkowej tuż nad odbytem. Na zewnętrznej powierzchni prawego uda wyrastał jeszcze jeden duży guz, który, skutkiem uderzenia, sam odpadł, pozostawiając b. trudno gojące się owrzodzenie, — chory cierpi często na zapalenie spojówki połączone z światłowstrętem.

Dyskusja: Kol.: *Pański* sądzi, że w danym przypadku jest neurofibromatem *Birencweig i Sonnenberg* uważa za xeroderma pigmentosum, które zazwyczaj znajduje się na miejscach, dostępnych działaniu słońca. *Haberlau* również — xeroderma pigm. *Olszewski* powiada, że badanie drobnowidzowe guza, wykonane przez Steinhausa wskazało budowę neurofibromatu, ale objawy kliniczne przemawiają za xeroderma.

III. *Tenże* pokazał guz, usunięty z sutki prawej 42-letniej chorej. Guz ten wielkości cytryny, był ruchomy, niezrośnięty z mięśniem i skórą. Gruczoły pachowe nie powiększone. Rozpoznanie — gruczolak. Guz ten po wycięciu okazał się *torbielą bąblowca* z licznymi wtórnymi wewnątrz pęcherzami (Tochterblasen). O. pokazał również drobnowidzowe preparaty z całkowitemi główkami (scolices). (Autoreferat).

IV. Kol. *J. Koliński* przedstawił chorego ze zmianami chorobowemi w oczach, spostrzeganemi przez niego u ludzi dłuższy czas zażywających tabakę. Pacjent 73-letni mężczyzna, dawniej laborant w aptece, obecnie mieszkaniec przytułku starców. Tabakę zażywa od dwudziestu kilku lat. Oczy P-skiego przedstawiają następujące zmiany chorobowe: Szpara oczna na obu oczach zwężona wskutek zrośnięcia zewnętrznych końców powiek na przestrzeni $^1/_4$ ich długości (Blephaphymosis). Pozostałe niezrośniętemi brzegi powiek zgrubiałe, posiadają mało cienkich i nieprawidłowo rosnących rzęs. Brzegi powiek dolnych odwinięte na całej długości. Przewlekły nieżyt spojówki oraz przerost ciałek brodawkowych na łącznicy, pokrywającej odwinięte części powiek dolnych.

W lewem oku ropienie woreczka łzowego, w prawem — łzawienie bez ropienia: obustronne zwężenie kanału łzowo-nosowego w dolnym końcu w bliskości otworu nosowego. Na obwodzie obu rogówek kilku zmętnień dawnego pochodzenia.

Całokształt tych objawów K. stale spostrzegał u „tabaczarzy" i uważa go za tak znamienny, iż sam widok chorego pozwala się domyślać przyczyny tego cierpienia. Dlatego K. sądzi że podobny zespół zmian chorobowych możnaby nazwać *ophthalmia tabacosa*, „oczy tabaczarza". (Autoreferat).

V. Kol. *Saks*, przeczytał „*Sprawozdanie z przytułku położniczego przy szpitalu małż. Poznańskich za czas od d. 1 lipca 1897 do d. 1 stycznia 1900* (będzie drukowane w „Czas. Lek.").

Posiedzenie z d. 4 Kwietnia r. 1900.

I. Kol. *Tumpowski* przedstawia 2 chorych z stwardnieniem wieloogniskowem (sclerosis multiplex). Pierwszy liczy lat 36, nauczyciel. dziedzicznie nie obciążony, abusus in Baccho et Venere nie było, żadnych chorób wenerycznych nie przebywał, żonaty od 12 lat, miał 5 dzieci, z których dwoje żyje. Od 2 lat drżenie w górnych kończynach, głównie w lewej. Od tego też czasu nieco trudniej mu mówić. Pacjent jest wątły, prawidłowej budowy, twarz symetryczna, źrenice równe, szerokie, prawidłowo oddziaływają na światło i przystosowanie. Bardzo małe drżenie gałek ocznych przy ruchach bocznych. Dno oka prawidłowe. Zaburzenie mowy bardzo słabe, polega na trudności w rozpoczęciu zdania i przypomina t. zw. explosive sprache. Wyraźne drżenie zamiarowe przy ruchach lewej górnej kończyny, daleko mniejsze po prawej stronie (przed kilku miesiącami było ono po tej stronie większe i zmniejszyło się przy użyciu — hyoscini hydrobrom. i galwanizacyi). Okolica lewego mięśnia naramiennego oraz lewego kłębu palucha jest spłaszczona. Drgań włókienkowych brak. Dość znaczne osłabienie ruchów ręki lewej, zwłaszcza w stawie barkowym i dłoniowym. Badanie prądem elektrycznym nie wykrywa zmian wyraźnych. Narządy wewnętrzne prawidłowe. Odruchy ścięgniste i okostniowe umiarkowane. Chód prawidłowy. Zaburzeń czucia niema. Charakter drżenia pozwalają nam wykluczyć zarówno drżenie starsze (tremor senilis), równie jak drżenie z zatrucia (tr. alcoholicus), mercurialis, saturninus) oraz drżenie występujące przy chorobie Basedowa i Par-

kinsona. Stałość tego objawu przemawia też przeciwko histerji, pozostaje więc rozpoznanie stwardnienia wieloogniskowego, za czem przemawia też zaburzenie mowy, aczkolwiek nietypowe, oraz nieznaczne drganie gałek ocznych. Brak objawów spastycznych wytłómaczyć można w początkowym okresie cierpienia. Rzadką wogóle komplikacją, a zwłaszcza w początkowych stadjach, stanowi zanik mięśni, który istnieje u chorego.— Drugi przedstawiony chory, liczący lat 32, datuje swe cierpienie od przebytego przed 3 laty tyfusu, po którym wystąpiło porażenie lewego nerwu twarzowego. Od tego czasu wciąż jest słaby, w nogach odczuwa sztywność przy chodzeniu, które jest coraz trudniejsze, oraz gorzej widzi. Badanie wykazuje wybitne spastyczne porażenie kończyn dolnych z obustronnym odruchem klonicznym kolanowym i stopowym, obustronny zanik nerwów wzrokowych (początkowy okres), znaczne wiercenie oczami (nystagmus) przy ruchach bocznych. Brak drżenia zamiarowego oraz zaburzeń ze strony narządów wewnętrznych i czucia. (Autoreferat).

II. Kol. *Maybaum* przedstawia 42-letniego robotnika, dotychczas zupełnie zdrowego, u którego przed 6 tygodniami powstał w r z ó d p r z e ł y k u u r a z o w y, w sposób następujący: podczas podnoszenia z dołu z towarem winda, wskutek pęknięcia sznura, spadła z wysokości $\frac{1}{2}$ piętra, a wóz przechylił się i przygniótł stojącego obok robotnika. Poszkodowany poczuł dotkliwy ból w piersiach, a w kilka dni później zauważył trudności przy połykaniu. Pokarmy stałe „stawały w gardle", wywoływały ból między łopatkami i bywały zwracane. Płyny, o ile były letnie, nie sprawiały dolegliwości; zimne i gorące urażały. Niezależnie od jedzenia lekkie bóle w dołku i plecach. Przy opukiwaniu mostka znaczna bolesność 4 palce powyżej wyrostka mieczykowatego. Z tyłu bolesność w okolicy 5—7 kręgów piersiowych. W wymiocinach niteczki krwi. Szmery przy przełykaniu opóźnione. Zgłębnika nie stosowano. Rozpoznanie wrzodu przełyku oparłem na bólu i trudności przy przełykaniu oraz na obecności krwi w wymiocinach. Różniczkowo wchodziły w rachubę: 1) skurcz przełyku nerwowy 2) uchyłek, 3) nowotwór i 4) kilak. Przy pierwszym:— brak krwi w wymiocinach, bywają nasilenia i zwolnienia; przeciw pozostałym przemawia wynik leczenia. Przez tydzień stosowałem wyłącznie mleko; w następnym mleko z dodatkiem jaj i troponu; po tygodniu chory prócz płynnych pokarmów spożywa miękko gotowane mięso. Dolegliwości znikły. Chory przybrał na wadze. (Autoreferat).

III. Kol. *Michalski*, miał odczyt „O g l e j a k u o c z u".

Posiedzenie Komitetu hygjenicznego, 28 marca 1900 r.

I. Sprawy administracyjne.

II. Postanowiono zmienić formę kartek statystycznych, zmieniając też ich treść przez dodanie: 1) „Erisipelas;" 2) słów: „Suterena, Parter, Piętro, Poddasze." 3) słów: „Mieszkanie łączy się ze sprzedażą wiktuałów, warsztatem, szkołą".

III. Na wniosek kol. *Kaufmana* postanowiono opracować plan działania w celu dostarczenia dzieciom miejsca do zabaw na świeżem powietrzu. Szkic tego planu ma opracować projektodawca.

IV. Postanowiono zaprosić kol. *Sonenberga* do opracowania działu hygjenicznego w „Encyklopedji przędzalnictwa“, ogłaszając jednocześnie na ogólnem zebraniu Towarzystwa o potrzebie większej ilości współpracowników.

Towarzystwo Lekarskie Kaliskie.

Posiedzenie z d. 17 Lutego 1900 r.

I. Kol. *Merkel*, statystyka chorób zakaźnych w miesiącu Styczniu: 8 przypadków ośpicy, 1 ospy naturalnej, 2 dyfterji, 5 kokluszu, 10 grupu, 1 tyfusu plamistego, 1 brzusznego; prawie wszystkie wypadki ospy były przywiezione z za miasta, z miejscowości, gdzie ospa grasowała epidemicznie (w Wieluńskim, Tureckim, Sieradzkim powiatach). Wobec właśnie tego faktu, że ospa w sąsiednich powiatach panowała, władze lekarskie zwróciły się do wszystkich miejscowych zakładów naukowych, zalecając rewakcyonację, co też było spełnione. Przy rewakcyonowaniu przekonano się, że detryt, z instytutu dra Stępniewskiego (Warszawa) jest o wiele lepszy od detrytu Berlińskiego.

W dyskussji: kol. *Drozdowski* zaznaczył, że w Kaliszu kwestja szczepienia *ospy* dobrze jest postawiona; o ile pamięta, przypadki ospy, zdarzające się od czasu do czasu w Kaliszu, zawsze bywały przywożone z sąsiednich powiatów, najczęściej zaś z Łodzi.

II. Kol. *Drozdowski* podniósł kwestję panującej *influenzy*, a właściwie jej odmian, gdyż w ostatnich czasach zauważył przypadki postaci nerwowej, bez podniesienia ciepłoty, lub z bardzo niewielkiem, z bólami w stawach — bez obrzęku, ogólnem osłabieniem i t. d.

W dyskussji: kol. *Wilczewski* potwierdza to spostrzeżenie, dodając że przypadki influenzy w obecnej epidemji cechują się brakiem podniesienia ciepłoty, albo jej wahaniami bardzo nietypowemi. Kol. *Rüdiger* spostrzegał przypadki influenzy z umiejscowieniem przeważnie w kiszkach.

III. Jeszcze w sprawie ospy kol. *Wilczewski* zaznacza, że z inicjatywy d-ra Drozdowskiego stosował w 2 przypadkach ospy *iodoformvasogen* zewnętrznie i zauważył, że krosty pod tym płynem podsychają daleko prędzej i nie pozostawiają po sobie blizn, dlatego też zachęca kolegów do dalszych prób.

IV. Kol. *Brokman* opowiedział o wydadku *choroby Adissona* u kobiety in climacterio.

V. Kol. *Rüdiger* stosuje przy wewnętrznem ropieniu ucha *Kseroform*, z dobremi wynikami.

Posiedzenie z d. 17 marca 1900 r.

I. Kol. *Merkel*. Statystyka chorób zakaźnych w miesiącu Lutym 2 przypadki ospy (jeden śmiertelny — variola vera confluens), 3-ośpicy, krupu 1, kokluszu 9, grypu 11, tyfusu brzusznego 1, nieokreślonego 2.

II. Dr. *Fiedorolf*, mówił o własnościach *mleka*, *nasyconego kwasem węglowym*.

Jeden z miejscowych aptekarzy podjął się przygotowania tego mleka, jeśli miejscowe towarzystwo lekarskie wypowie się o tej sprawie przychylnie. Obecni oświadczyli, że podzielają w zupełności zdanie d-rów Botkina, Pasternackiego i innych, którzy na zasadzie doświadczeń uznali pożyteczność mleka, nasyconego kwasem węglowym.

III. Kol. *Drozdowski* opowiedział o przypadku *tężca urazowego*, leczonego w miejscowym szpitalu zawiesiną z mózgu królika, z zejściem śmiertelnem. (Przypadek będzie szczegółowo opisany w jednem z pism lekarskich).

IV. Kol. *Chodakowski*, mówiąc o perforatorze d-ra Kadyi, opisanym w № 10 „Przeglądu lekarskiego", przedstawił perforator prof. Fenomenowa, którego ten ostatni używa już 10 lat i którego zalety są też same co i poprzednio wymienionego. Prof. Fenomenow, chcąc połączyć w jednym instrumencie zalety trepana i kłującego perforatora, obmyślił przyrząd, kształtem podobny do zwyczajnego świdra. Narzędzie to przedstawia cienkie stylisko 32 cent. długie, opatrzone na jednym końcu poprzeczną rączką (jak w haku Braun'a), a na drugim zakończeniem, bardzo podobnem do świdra, długości 5,5 ctm., mającem największą średnicę 22 mm. To zakończenie, kształtem przypominające świder, opatrzone jest na samym końcu czterema, a w środku i u góry dwoma, ostremi ściankami, idącemi równolegle do osi styliska (a nie spiralnie, jak u świdra). Prócz tego, ścianki są nieco wygięte w kierunku z lewego brzegu ku prawemu, tak — że przecięcie ma kształt figury ∽. Kol. Chodakowski operuje przy pomocy tego perforatora 6 lat i stawia go nierównie wyżej od perforatorów kłujących i trepanów — zwłaszcza w przypadkach, gdy wiercić otwór wypada w twardej kości czaszki, lub w jej podstawie.

V. Kol. *Rüdiger*, *Zucker*, robiąc dalsze doświadczenie z *iodoformvasagen'em* przy ospie (patrz protokół zeszłego posiedzenia) stwierdzają jego zalety.

REFERATY.

Ehret. **Przyczynek do oceny stopnia niezdolności do pracy przy rwie kulszowej.** Dokładna znajomość sposobów, do jakich się uciekać muszą chorzy na rwę kulszową przy wykonywaniu ruchów, wymagających udziału dolnych kończyn, może, zdaniem autora, dostarczyć lekarzowi-rzeczoznawcy przedmiotowych punktów wytycznych do oceny skali inwalidności tych chorych. Opis mechanizmu tych ruchów stanowi treść omawianej pracy.

Mechanizm ten jest dość złożony i zależy w ogólności od dążenia do utrzymania chorej kończyny w takiem położeniu, przy którem nerw ulega jaknajmniejszemu uciskowi i rozciąganiu. Bywa to wtedy, gdy kończyna znajduje się w położeniu odsiebnem, jest nieco zgięta i wywrócona nazewnątrz, (abductio, flexio et rotatio). Utrzymanie

tej pozycji wymaga ograniczenia do minimum ruchów w stawie biodrowym, co znacznie utrudnia chorym siedzenie na krześle i wstawanie.

Aby uniknąć, o ile to jest możliwe, ruchów w tym stawie chorzy siadają na brzegu krzesła, mając punkt oporu nie, jak zwykle bywa, na dolnych, lecz na tylnych powierzchniach guzów kulszowych (tubera ischii), noga, resp. kolano, jest opuszczona jaknajniżej, tułów bywa wyprostowany i pochylony ku przodowi za pomocą wygięcia w tył lędźwiowo-grzbietowej części kręgosłupa. To wygięcie kręgosłupa (kyphosis) maskuje fizjologiczne skrzywienie przednie (lordosis), które u człowieka zdrowego nie znika podczas siedzenia.

Jeszcze trudniej jest chorym na ischias *siedzieć na podłodze*, albowiem wtedy kończyna znajduje się w położeniu poziomem i nie może być opuszczona ku dołowi dla uniknięcia ekskursyj w stawie biodrowym. Chorzy siedzą wtedy niejako na krzyżu i za pomocą skrzywienia kręgosłupa w tył starają się unieść ciało ku górze, co im się jednak w słabym tylko stopniu udaje. Udo jest mocno przyciśnięte do podstawy, wskutek czego znika zgięcie w kolanie, istniejące podczas leżenia. Chcąc przyjść z siedzącej pozycyi w *leżącą*, chorzy zamieniają tylne skrzywienie kręgosłupa na przednie, bardzo mało poruszają miednicą, która biernie pociąga za sobą chorą kończynę; udo zostaje nieco uniesione nad poziom i występuje lekkie zgięcie w kolanie, niezbędne dla oparcia stopy o podstawę.

Wstawanie z krzesła rozpoczyna się u ludzi zdrowych od przechylenia tułowia ku przodowi, chorzy zaś z nerwobólem kulszowym najpierw przysuwają się jaknajbliżej do brzegu krzesła, obie nogi, a zwłaszcza chorą, przesuwają daleko wtył i wtedy dopiero podnoszą się, mało poruszając tułowiem.

Przy wstawaniu z pozycji siedzącej na podłodze posiłkują się głównie zdrową nogą. Aby wykonać ten ruch, zawieszają przechylony wtył tułów na obu rękach, opartych o podłogę i wprowadzają pod niego najprzód zdrową nogę, zginając ją mocno w biodrze i kolanie, a następnie czynią ostrożnie to samo z chorą nogą. Tułów przechyla się początkowo ku zdrowej stronie, a następnie, gdy chorzy się podnoszą, opiera się na zdrowej nodze. Przy *nachylaniu się*, aby podnieść jakiś przedmiot, leżący na ziemi, pacjent przemieszcza chorą nogę wtył i schyla się, opierając tułów na zgiętej zdrowej nodze. Z nogami zestawionemi słabo tylko może się pochylić, a to za pomocą ruchów dolnej części kręgosłupa.

Stanie i *chodzenie* wyróżnia się następującemi cechami: przy staniu chora stopa odpowiednio do położenia całej kończyny zwrócona jest nazewnątrz; przy zamkniętych oczach wewnętrzne brzegi obu stóp są zestawione i stopy zostają wysunięte naprzód dzięki odpowiedniemu obrotowi miednicy ku stronie zdrowej. Oś ciała jest wtedy skierowana ukośnie, przy dłuższem jednak staniu lub podczas chodzenia zostaje ona wyprostowana przez obrót kompensacyjny kręgów lędźwiowych. Z czasem te obroty kompensacyjne miednicy i kręgosłupa ustalają się: wtedy kolec podlędźwiowy przedni górny (spina iliaca ant. sup.) po stronie chorej (a więc i miednica po tej stronie) opu-

szczony jest niżej, niż po stronie zdrowej, i dzięki temu stopa może się oprzeć o podłogę. Przy znaczniejszem opuszczeniu miednicy fizjologiczne skrzywienie przednie kręgosłupa zwiększa się, wskutek czego okolica biodrowa po stronie chorej wypina się naprzód i przestrzeń między grzebieniem podlędźwiowym (crista ilei), a fałszywemi żebrami wzrasta. Ta sama okoliczność wywołuje niższe położenie fałdy pośladkowej po stronie porażonej, oraz ukośne położenie szczeliny między obu pośladkami.

Dodać należy, iż wszystkie wyliczone właściwości ruchów napotykają się nietylko przy rwie kulszowej, ale także i przy nerwobólu nerwu udowego (neuralgia u. cruralis, ischias antica), albowiem obydwa nerwy w tych samych warunkach ulegają uciskowi i rozciąganiu.

Opisane zaburzenia zjawiają się w najrozmaitszych kombinacjach i z różną siłą, powyższy zaś opis odnosi się głównie do przypadków cięższych i dłużej trwających.

Tumpowski.

Monatsschr. f. Unfallheilk. 1900 № 2.

Leyden i Golscheider. **O gimnastyce mięśniowej w kąpieli.** Zgodnie z znanem prawem fizycznem ciało człowieka, znajdującego się w kąpieli traci na wadze tyle, ile waży wyciśnięta przez nie woda. Dzięki temu mięśnie niedowładne lub zanikłe, nie mogące w zwykłem otoczeniu przezwyciężyć oporu, stawianego przez ciężar członków, są w stanie w wodzie skuteczniej wykonywać swe zadanie. Z okoliczności tej skorzystali autorzy wyżej wymienieni, którzy zastosowują ruchy w kąpieli, jako gimnastykę mięśniową u chorych z niedowładem i zanikiem dolnych kończyn.

Wszystkie ruchy kończyn dolnych daleko łatwiej można wykonywać w otoczeniu wodnem. Przedewszystkiem wskazany tu ruch *podnoszenia* nóg ku górze, przy którym czynne są te same mięśnie, które podczas chodzenia przesuwają nogę naprzód. Uniesiona w kąpieli ku górze noga sama opada pod działaniem własnego ciężaru, chory jednak jest w stanie przyspieszyć *opuszczanie* się kończyny czynnemi skurczami mięśni, co wskutek zmniejszonego ciężaru nogi łatwiej mu się daleko udaje. Uniesiona ku górze noga znajduje się w warunkach dogodnych dla wykonania ruchu *zgięcia* w stanie kolanowym, który po części uskuteczna się samym ciężarem goleni, po części zaś może być przyspieszony czynnem użyciem zginaczy goleni. Zgięta w kolanie kończyna znajduje się w położeniu, ułatwiającem *wyprostowanie* goleni, które tem łatwiej się udaje, że kończyna o nic nie jest oparta. *Ruchy stopą* również nie są tak trudne do wykonania dzięki temu, iż stopa nie leży na pościeli i jest zupełnie wolna. *Ksobne* i *odsiebne* ruchy uda chory w wodzie daleko łatwiej uskutecznia, nie potrzebuje bowiem przezwyciężać tarcia o pościel ani ciężaru kończyny, boczne zaś ciśnienie wody jest nieznaczne w wannie i tylko przy nader szybkich ruchach może się dać we znaki. Chorzy, którzy w łóżku nie mogą wcale poruszyć nogą, znajdują się więc w kąpieli w daleko korzystniejszych pod tym względem warunkach i częstokroć są w stanie wykonywać dość obszerne ruchy. Ta gimnastyka kapielowa okazuje dodatni wpływ przedewszystkiem na same

mięśnie, działając korzystnie na ich odżywianie i podnosząc ich siłę; zarazem toruje ona drogi innerwacji mięśniowej, przez co rozwija się i ułatwia wykonywanie ruchów.

Drugim korzystnem wynikiem tych ćwiczeń jest zapobieganie wytwarzaniu się zesztywnień i zrostów stawowych oraz biernych przykurczeń mięśni.

Poprawa ruchów, osiągnięta w kąpieli, nie znika po wyjściu z niej, lecz pozostaje i nadal, bez czego, rozumie się, gimnastyka ta nie miałaby żadnego celu.

Niemniej różnym jest wpływ psychiczny, jaki to ułatwienie ruchów wywiera na chorego. Odczuwa on większą łatwość wykonywania ruchów i jest w stanie wykonywać ruchy, które były dlań poprzednio niemożliwe; dzięki temu odzyskuje on utraconą energję i nabiera chęci do ćwiczeń, która wzmaga się jeszcze po osiągnięciu jakichbądź dodatnich wyników.

Woda w kąpieli powinna być utrzymywana przy ciepłocie 28° do 32° R. przez cały czas trwania kąpieli, wynoszący od $^1/_2$ do 1 godziny. Wanna powinna być wysoko napełniona; chory musi się trzymać rękami o brzegi jej, aby tułowie się nie ześlizgiwało, bardzo zaś osłabionych pacjentów powinni podtrzymywać służący. Chorzy, mogący stać, powinni wykonywać ćwiczenia w stojącej pozycji, do czego może służyć (jak to urządził G. na swoim oddziale) beczka wysoka na $1^1/_2$ metry, o średnicy 1 metra.

Wskazanie do użycia ćwiczeń fizycznych w wodzie stanowią: *niedowład* oraz *zanik* mięśni dolnych kończyn. Zupełne ich porażenie usuwa, rozumie się, możliwość tego leczenia Częstokroć jednak okazuje się w kąpieli, iż zdolność ruchowa, która się wydawała zupełnie zatraconą, jest zachowana w słabym stopniu; może więc kąpiel odgrywać rolę środka rozpoznawczego, pozwalającego odróżnić bezwład zupełny od niedowładu.

Najlepsze wyniki otrzymuje się przy niedowładach i zanikach mięśni pochodzenia *neurytycznego*. Z niewątpliwą jednak korzyścią mogą być zastosowane ćwiczenia w kąpieli przy niedowładach i zanikach pochodzenia mózgowo-rdzeniowego oraz przy przykurczeniach, powstających w przebiegu stwardnienia wieloogniskowego. Metodzie tej możnaby zarzucić, iż przy zanikach mięśni nakazanem jest ich oszczędzanie. Nie należy jednak utożsamiać oszczędzania mięśni, z zupełną ich bezczynnością, która upośledza odżywienie mięśni, podczas gdy czynność jest racjonalnym, fizjologicznym bodźcem odżywczym dla nich; unikać należy tylko bodźców nadmiernych resp. przeciążenia. W obrębie kończyn górnych ta metoda lecznicza ma mniejsze zastosowanie, jakkolwiek i tutaj mogą one w odpowiednich przypadkach być korzystne. Do tego celu służyć mogą odpowiednie wanny (Armbadewanne), a także każde naczynie takiej wielkości, aby można w niem było swobodnie wykonać ruchy ręką.

A. Tumpowski.

Zeitschrf. diatet, u. physikal. Therapie Band I Heft. 2.

Prof. J. Gad. **Ćwiczenie jako czynnik leczniczy.** Autor zaznajamia nas z podstawami psychofizjologicznemi, na których opiera się lecznicze zastosowanie ćwiczeń mięśniowych, zwłaszcza do leczenia niezborności ruchowej przy wiądzie rdzenia (t. zw. compensatorische uebungstherapie). Pierwotną przyczynę każdego ruchu stanowią rozmaite bodźce zewnętrzne, sposób zaś wykonania ruchu zależy od pewnego odziedziczonego mechanizmu nerwowo—mięśniowego, działającego odruchowo. Ale prócz tego każdy ruch wykonany jest sam przez się źródłem bodźców wewnętrznych dla naszego organizmu,—bodźców, przenoszących się po drogach nerwowych do ośrodków i wywołujących swoiste czucia ruchowe (resp. wrażenia, wyobrażenia i obrazy ruchowe). Przy każdym mianowicie ruchu zmienia się stan napięcia skóry oraz mięśni (zarówno tkanki mięśniowej, jak ścięgien, przyczepów i powięzi) zmienia się wzajemne ustawienie powierzchni stawowych a często też współczynną jest siatkówka i labirynt uszny. Wszystkie te współrzędne czynniki zlewają się dla nas w jednę niepodzielną całość, stanowiącą czucie ruchowe. Powstaje ono przy każdym ruchu czynnym i biernym, jest jednak zwykle nader niejasne, wskutek czego uchodzi naszej uwadze, która zwraca się jedynie na powód i cel ruchu, pomijając ogniwa pośrednie. Jednakowoż przyześrodkowaniu naszej uwagi na sprawy ruchowe, można dojść do jasnego odczuwania tych spraw psychicznych i nawet do rozróżniania oddzielnych kategoryj wrażeń ruchowych, jak to wykazały badania Goldscheider'a nad czuciem mięśniowem i stawowem. Przy pewnej wprawie w samoobserwację można się też przekonać, iż ruch każdy jest połączony z zjawieniem się odpowiadającego mu wyobrażenia ruchowego, które kieruje sposobem wykonania ruchu. Najdokładniej można to spostrzegać przy czynnościach, w których nie posiadamy jeszcze wielkiej wprawy lub których dawno nie wykonywaliśmy; w tym ostatnim wypadku odpowiednie obrazy ruchowe zatarły się w naszej świadomości i ruch jest wykonywany niepewnie.

To zatarcie, niejako zblaknięcie, obrazów ruchowych musi też powstawać wtedy, gdy wskutek zniszczenia części dróg nerwowych dośrodkowych niektóre z wyliczonych bodźców, składających się na wytworzenie obrazów ruchowych, nie dochodzą do narządów centralnych. Taka właśnie sprawa ma miejsce przy wiądzie rdzenia, przy którym pomimo dokładnych impulsów ruchowych ruchy same odbywają się niedokładnie wskutek owej niezupełności obrazów ruchowych. Czem bardziej uległy zniszczeniu drogi nerwowe, tem większy będzie defekt psychiczny oraz niedokładność (niezborność) ruchów.

Poznawszy mechanizm psychofizjologiczny powstawania niezborności, musimy teraz zapoznać się ze środkami, służącemi do kompensacji tego zaburzenia. Sprawa wyrównawcza zależy przedewszystkiem od tego, jaka ilość dróg nerwowych nie uległa sprawie chorobowej; od wielkości zachowanej w całości reszty tych dróg zależy głównie stopień możliwego wyrównania. Prócz tego jednak do celu wyrównania zostają zużyte zapasowe, rozerwowe siły organizmu.

W stanie normalnym nie wszystkie bodźce, przyjmujące oddział w wytwarzaniu obrazów ruchowych, mają jednakowe znaczenie i je-

dnakowo zostają zużytkowane. Pewna ich część odgrywa mniej ważną rolę i zostaje niejako zaniedbywana. Te właśnie mniej wpływowe czynniki podczas choroby wstępują w grę, zostają intenzywniej zużytkowywane i kompesują po części brak innych bodźców. Należą tu np. bodźce dochodzące od narządu wzroku i od labiryntu usznego

Wzmożony udział zmysłu wzrokowego stanowi poważny czynnik kompensacyjny, spożytkowywany przy metodycznych ćwiczeniach, mających na celu leczenie niezborności ruchowej. Należy zwrócić uwagę, iż prócz niedokładności właściwego czucia ruchowego ataktycy są też bezwątpienia dotknięci osłabieniem tych wrażeń, które u ludzi zdrowych—nadają ruchom pewne zabarwienie uczuciowe i dzięki którym odczuwamy dany ruch, jako przyjemny lub przykry dla nas. Rolę tych wrażeń zastępczo obejmuje do pewnego stopnia zmysł wzroku, który wprawdzie zbyt powoli funkcjonuje, aby mógł uchwycić każdą fazę wykonywanego ruchu, dość jednak szybko i dokładnie, aby pomógł choremu osobnikowi do zachowania w pamięci właściwych wrażeń ruchowych oraz do oceny, jaki sposób wykonania ruchu najbardziej odpowiada celowi. Rozumie się, iż rola tego zmysłu jest tem większa, im większemu zniszczeniu uległy drogi dośrodkowe i im większy jest wskutek tego defekt wyobrażeń ruchowych.

Dzięki wymienionym czynnikom wyrównawczym możliwą się staje kompensacja nawet przy wysokich stopniach niezborności. Jako ilustracja posłużyć nam mogą doświadczenia nad gołębiami, pozbawionemi obu labiryntów usznych: po tej operacji występuje wysoki stopień niezborności, która jednak po pewnym czasie najzupełniej znika, dzięki wyrównawczemu działaniu bodźców, dochodzących z innych narządów. Rozumie się, że tak zupełnie wyrównanie nie zawsze daje się osiągnąć u istot wyższych, różnica jednak jakościowa między kompensacją u ataktycznego człowieka, a gołębia polega na tem, iż nie mamy żadnego sprawdziana do osądzenia, czy i w jakim stopniu u gołębia w sprawie tej przyjmuje udział świadomość, przy świadomem wytężeniu energji do danego celu.

Celem lecznictwa wyrównawczego jest właśnie nauczenie chorych, aby zwracali uwagę na swoje wrażenia ruchowe, na bodźce ruchowe, dochodzące od rozmaitych narzędów, oraz aby świadomie z nich korzystali. Wykazuje to, iż (jak już Rubois—Reymond powiedział) właściwym celem ćwiczeń gimnastycznych jest nie tyle rozwój mięśni, ile torowanie (Bahnung) dróg nerwowych, sprzyjające dokładniejszemu i sprawniejszemu wykonywaniu ruchów.

A. Tumpowski.

Zeitschr. f. diätet. u. physikal. Therapie. Band, 1, Heft 2.

Wiadomości drobne.

— Statystyka angielska i amerykańska, odznaczająca się znakomitą ścisłością, dowiodła ogromny *wzrost śmiertelności z powodu raka*. W Anglji śmiertelność od raka wynosiła w r. 1864-ym 38,5 na sto tysięcy mieszkańców, w roku 1895 75,5. W siedmiu największych miastach Ameryki w r. 1870-ym umarło 35,4, a w roku 1898-ym 66,4 na 100,000 m.

(Ref. Wracz. 1900 № 11).

— Zastrzykiwanie podskórne *rozcieńczonego roztworu chininy* nie jest bolesne i nie wywołuje tworzenia się ropni. Gollenga radzi rozpuścić 5,0 — 10,0 Chinin. muriat. i 0,75 Natrii chlorati w 100,0 wody wyjałowionej; przed użyciem roztwór zagotować, a po ostudzeniu zastrzyknąć z niego 10—40 ctm.[3]

(Sem. médic. 1900. 7. III).

— Han opisuje trzy przypadki *zanogcicy* wywołane przez *laseczniki Loefflera;* przebiegały łagodnie; żadnych błon przy tem nie było.

(Lyon medic. 1900. 28. I).

— Wystawa przyrządów do pielęgnowania chorych w Berlinie (Maj, 1899) dała *zysku* 14,000 Marek. Ta suma zostaje użyta na założenie „Muzeum przyrządów do pielęgnowania chorych". Obecnie czynna jest druga w Niemczech wystawa podobna, we Frankfurcie n. M., i pierwsza we Włoszech, w Neapolu.

— Przeciw trądzikowi (*acne*) twarzy: 3 — 4 łyżeczek drożdży dziennie — w winie czerwonem.

(Dermat. Zeit. 1899 4).

— Fiesinger ponownie zwraca uwagę na dodatnie wyniki *stosowania eteru w celu wprawienia przepukliny.* W tym celu należy położyć na przepuklinę warstwę waty, którą nieustannie zwilża się eterem; po 20—25 minutach próbujemy odprowadzić przepuklinę; jeśli to się nie udaje, stosujemy ponownie eter, aż do 50—60 minut. F. otrzymywał w ten sposób dodatnie wyniki w przypadkach, które już miały być operowane,

(Joural des practiciens. 1900).

— Beag bardzo chwali działanie *salolu* przy *ospie*. Podając po 1,0 4 razy dziennie, spostrzegał przerwanie wysypki ospowej.

(Sem. medic. 1900. 10. I.).

— Kotowszczikow radzi w okresie zwiastunów, a nawet w pierwszych dniach rozwiniętej *ospy*, stosować szczepienia ochronne, mianowicie, szczepić 2 razy dziennie w ciągu 4—5 dni, by ustrój nasycić jadem uodparniającym. To postępowanie ma znakomicie łagodzić przebieg ospy naturalnej.

(Zt. f. Klin. Med. I. 38. Str. 265.)

— Koblanck zwraca uwagę na nowy *objaw zagrażającego uduszenia, podczas odurzania chloroformem:* w okresie braku odruchów zjawiają się nieskoordynowane ruchy palców, a czasem i dłoni. Ten objaw powinien skłonić do przerwania odurzania, choćby wtedy nie było żadnych niepokojących objawów ze strony tętna lub płuc.

(Cent. f. Gynäk. 1900. 6. I.)

— Guicciardello dowiódł — na zasadzie szeregu bardzo ścisłych doświadczeń klinicznych, że *dzieci* dopiero po 18-ym miesiącu życia

mogą trawić *mięso*; do tego czasu pożywienie dzieci powinno się składać z mleka, jajek i wodanów węgla.

(Wien. med. Blätt. 1899. 20 i 27. VII.)

— Lenhartz zaleca *wlewanie podskórne soli* przy durze brzusznym, zapaleniu płuc krupowem, dyarji dziecięcej, dyarji dorosłych, ciężkiej biegunce krwawej i wszelkich sprawach ropnych w jamie brzusznej.

Dorosłym wlewa 2 r. dziennie po 1000 cm.^{3} dzieciom po 100—300 cm.^{3}

KRONIKA.

Wspomnienia pośmiertne.

Ś. p. Dr. Franciszek Sroczyński,

docent okulistyki uniwersytetu Jagiellońskiego, umarł w Krakowie dnia 9 Marca b. r. Urodzony w 1862 r. w Stanisławowie, nauki gimnazjalne pobierał w Krakowie, gdzie także studjował medycynę. Doktoryzował się w 1866 roku. Przez pewien czas pracował u prof. Wicherkiewicza w Poznaniu, następnie zajmował posadę asystenta kliniki okulistycznej prof. Rydla w Krakowie. Tutaj habilitował się, jako docent okulistyki przy uniwersytecie Jagiellońskim. Po śmierci prof. Rydla wykładał następnie okulistykę i prowadził klinikę okulistyczną do czasu zamianowania prof. B. Wicherkiewicza, przy czem wykazał duże zdolności pedagogiczne i ujmującą wymowę. Z liczby kilkunastu prac, ogłoszonych drukiem, ważniejsze są: „O zapaleniu sympatycznem oka“. „Przyczynek do leczenia jaskry złośliwej“. „Przyczynek do leczenia operacyjnego ropnia rogówkowego“; „Przyczynek do znajomości i leczenia mięsaków przyrogówkowych oka“ i t. d. Serdeczny kolega, lubiany przez pacjentów lekarz, swym przedwczesnym zgonem wzbudził szczery żal w sercach tych, którzy go znali.

K.

Ś. p. Dr. Karol Adamski.

W d. 19 marca r. b., zmarł w osadzie Stawiski lekarz wolnopraktykujący ś. p. Karol Adamski, w wieku lat 41. Przyczyną śmierci był tyfus, którego nieboszczyk nabawił się, lecząc chorych tyfusowych w osadzie.

I czyż nie jest to ironją losu, że podczas, gdy wszyscy liczni chorzy w mieście wyzdrowieli lub są na dobrej drodze dzięki opiece ś. p. Karola, on sam jeden padł ofiarą zarazy, a może i zawodu!

Ś. p. Karol urodził się w 1859 r. w m. Łomży, gdzie ojciec jego był nauczycielem gimnazjum. W Łomży też ukończył gimnazjum w r. 1879, wydział lekarski w Warszawie w 1884. Krótki czas praktykował w os. Sokoły, p-tu mazowieckiego, a od lat przeszło 10 w os. Stawiski, p-tu kolneńskiego, gdzie łagodnością i prawością charakteru zyskał szacunek i poważanie tak u miejscowej ludności, jak

i u kolegów, którzy mieli z nim styczność. A jest to rzecz coraz rzadsza w dzisiejszych czasach walki o byt i konkurencji zawodowej.

Droga krótkiego żywota zmarłego kolegi nie była usłana różami. Z wielkim wysiłkiem matka-wdowa — posyłała swego jedynaka do szkół (ojciec ś. p. Karola odumarł go, gdy był małem dzieckiem); przez uniwersytet szedł zmarły przebojem, zarabiając na życie i koszta wykształcenia dawaniem korepetycji. Jako lekarz, pracował wśród ciężkich warunków praktyki prowincjonalnej, a pacjentami jego byli po większej części biedacy, których nie stać na sute honorarja. To też choć pracy miał nieboszczyk dość dużo, jednak pomimo nad wyraz oszczędnego życia funduszu nie zebrał, a śmierć jego pozbawiła staruszkę-matkę podpory i opieki, jaką miała w ukochanym synu.

J. Pełczyński.

Ś. p. Dr. Med. Władysław Mesyng,

urodził się w Kaliszu, gdzie uczęszczał do gimnazjum; studja uniwersyteckie odbywał w uniwersytecie b. dorpackim—początkowo na wydziale teologicznym, po którego ukończeniu poświęcił się medycynie. W 1877 roku uzyskał stopień doktora-medycyny, po czem osiadł w Łodzi i tutaj w ciągu 20 lat udzielał pomocy cierpiącym. Już w krótkim czasie zdobył sobie uznanie, jako sumienny i oddany swemu zawodowi lekarz-praktyk. Jako jeden z założycieli tutejszego towarzystwa lekarskiego, przyjmował żywy udział w jego pracach i niejednokrotnie wygłaszał obszerniejsze i sumiennie opracowane odczyty z dziedziny medycyny wewnętrznej (np. „Obecny stan wiedzy o gruźlicy“). Wytężona praca zawodowa zrujnowała jego zdrowie. Z oznakami rozwijającej się szybko nieuleczalnej choroby nerwowej przeniósł się w 1897 roku do Warszawy, gdzie w dniu 6 b. m. umarł.

Cichym był pogrzeb, jak cichym był żywot zgasłego. Niech mu ziemia lekką będzie.

K.

— Sprawa przytułków położniczych na prowincji, żywo się posuwa naprzód. W Radomiu na ten cel ofiarował Pan K. Staniszewski (senior) rub. 5,000. W Piotrkowie zbiera redakcja „Tygodnia“ składki na ten sam cel.

— Kol. K. Lubicz porusza w „Tygodniu“ sprawę założenia oddziału „Tow. Hygjeniczn.“ w Piotrkowie.

— W Szreńsku obywatele okoliczni zawarli umowę z lekarzem, celem zapewnienia pomocy służbie folwarcznej. Lekarz otrzymywać będzie 600 rub. rocznie i 400 rub. na zakup lekarstw.

— W Iłży ma być budowa projektowanego szpitala oddana przedsiębiorcom. Słusznie nawołuje „Gazeta Radomska“ do budowania sposobem administracyjnym, pod kontrolą odpowiedniego komitetu. Ten sposób jest zwykle tańszy i dokładniejszy.

— W Piotrkowie zadecydowano zbudowanie nad rzeczką Strawą krytego kanału. Jest to zamiar ze

wszech miar, z powodów hygjenicznych, pożądany.

— *Z organizacji pomocy lekarskiej w gub. płockiej.* 11 i 12-go marca odbywały się obrady kwartalne organizacji pomocy lekarskiej bezpłatnej w gub. płockiej. Pod przewodnictwem J. E. gubernatora w obradach tych uczestniczyli lekarze wszystkich uczastków, naczelnicy wszystkich powiatów, inspektor gubernjalny lekarski, oraz niektóre osoby, zaproszone przez p. gubernatora do wzięcia udziału w tem posiedzeniu.

Oprócz postanowień w sprawach natury drobnej, toczących się tej lub innej lecznicy lub szpitalika i potrzeb miejscowych, ze spraw ogólniejszego znaczenia wypada zaznaczyć następujące szczegóły. W ciągu całego roku przyjęto chorych w lecznicach na miejscu i w punktach wyjezdnych—64,000 osób. Zaszły pewne zmiany w rozkładzie miejscowości i w terminach wyjazdu dla niektórych lekarzy.—Przedewszystkiem ustanowiono nową lecznicę na 10 łóżek w Sierpcu.—Do Sierpca dojeżdżać będzie lekarz z Bielska, a lekarz z Bieżunia, wyjeżdżający dotychczas do Sierpca, dojeżdżać będzie dwa razy do Żuromina i jeden raz do Kosemina. Zmiany te zaszły z tego powodu, że lekarz przybywający raz na tydzień do Żuromina nie mógł zadosyć uczynić wszystkim chorym, których zgłaszało się przeciętnie około 100 dziennie, Żuromin więc będzie miał dwa razy w tygodniu lekarza u siebie. Postanowiono w zasadzie, aby lekarz nie przyjmował chorych więcej niż 50 osób w punktach wyjezdnych, a 70 osób w lecznicy na miejscu zamieszkania. Podwyższono dyetę lekarską za wyjazdy do ambulatorjów przyjęcia chorych zamiast 3 rub., jak się praktykowało dotychczas, lekarz otrzymywać będzie 4 rub., a w przyszłości, jeżeli środki pozwolą 5 rub. Wreszcie zdecydowano ostatecznie przyjąć do organizacji jeszcze jednego lekarza, który zastępować będzie lekarzy chorych lub wyjeżdżających na urlopy. Taki lekarz zapasowy ma pobierać pensji 900 rb. i 300 rb. na mieszkanie w Płocku, gdzie będzie się liczył jako ordynator zapasowy szpitala św. Trójcy i będzie prowadził statystykę organizacji pomocy lekarskiej.

(Echa płock. i łomż. 1900 № 22).

— Pisma codzienne umieszczają następujące ogłoszenie: „*Avant et après*“ (przed i po) środek dezynfekcyjny chroniący od chorób wenerycznych. Sprzedaż w aptekach i składach apt. Cena pudełka 60 k.“

Do preparatu dołączone jest objaśnienie, w którem czytamy: „Środek dezynfekcyjny nieszkodliwy, zabijający zarazki chorób wenerycznych i trypra tak u mężczyzn, jak i u kobiet.“ Po opisie użycia tego preparatu w celu ochronnym następuje przepis używania tegoż w celu — terapeutycznym: „W razie jakichkolwiek naruszeń całości naskórka obmywanie i smarowanie robić należy dwa razy dziennie aż do zagojenia.“

„Avant et après“ nie jest wyrobem zagranicznym. Widnieje na nim marka fabryczna z napisem „Valetudo“ Dr. S. B.

Powyższy fakt notujemy bez komentarzy.

Krytyka i bibliografja.

Pamiętnik jubileuszowy wydany ku uczczeniu dwudziestoletniej działalneści Prof. Edwarda Sas-Korczyńskiego przez byłych jego uczniów. W Krakowie. 1900. Str. 242 + 557 in quarto. Portret 1, rysunków 9, tablic 2.

Ilekroć przeglądam wydawnictwa naukowe wydawane w tej postaci, tych rozmiarach i w tym celu, co niniejszy pamiętnik — zawsze uprzytomniam sobie, jak niewdzięczną jest rzeczą: pisać książki, resp. prace zbiorowe wydawać w postaci książkowej. Te właśnie prace, które najczęściej wartością przewyższają przeciętne artykuły pism lekarskich — giną niepostrzeżenie dla powodów specjalnych: dla tego, że w polskiem czytelnictwię przewagę bezwzględną ma nad książką — czasopismo.

To też w zwykłym biegu rzeczy piszący przystosowują się do tego upodobania czytelników i swe prace skracają do rozmiarów właściwych pismom perjodycznym. Gdy jednak, jak w danym razie, niezwykła okazja sprawi, że cały szereg prac naukowych wypadnie wydać w postaci książki, piszący są na to skazani, że—nie będą czytani.

Mógłbym, polecając „Pamiętnik“ ogółowi lekarskiemu, powoływać się na wielkie zasługi tego, czyją pracę to wydawnictwo nagradza, mógłbym powołać się na obowiązek całego ogółu lekarzy polskich, by kupując „Pamiętnik“ dało wyraz zbratania się z uczniami Prof. Korczyńskiego, czczącymi znakomitego przewodnika i klinicystę polskiego, mógłbym przytoczyć i takie różne względy, które nie tylko z braku miejsca tu opuszczam; nie czynię zaś tego, ponieważ *treść* prac w „Pamiętniku“ zawartych pokup tego dzieła aż nadto zabezpiecza.

Na tę treść składają się: I) Wiadomości historyczno-statystyczne, stanowiące cenny przyczynek do historji cywilizacji polskiej i historji Wszechnicy Jagiellońskiej. II) Rozpraw naukowych trzydzieści i cztery, a mianowicie: 1) Pięć przypadków *„musculus sternalis“* opisał dr. Stanisław Kaczyński. 2) Rzut oka na dzieje trądu w czasach starożytnych. Podał dr. Leopold Glueck. 3) W sprawie uodpornienia czyli imunizacyi przeciw durowi brzusznemu, podał dr. Walenty Jeż. 4) O znieczulaniu miejscowem sposobem Schleich'a, podał prof. dr. Rudolf Trzebicky. 5) O zrogowaceniu mieszkowem *„keratosis follicularis“* w przebiegu choroby Darier'a. Opisał prof. Wł. Reiss. 6) Przyczynek do operacyjnego leczenia ropnia rogówki, podał dr. Fr. Sroczyński. 7) Laparotomia w zapaleniu gruźliczem otrzewny. Napisał dr. Ludwik Świstalski. 8) Przypadek nerwobólu trzeciej gałęzi nerwu trójdzielnego, wywołanego wskutek ucisku przez ząb nadliczbowy. Podołał dr. Adam Ackermann. 9) Dwa przypadki torbieli trąbko-jajnikowych. Podał dr. Stanisław Dobrowolski. 10) Przyczynek do wyjaśnienia długotrwającego okresu wylęgania rzeżączki. Podał dr. Eu-

genjusz Borzęcki. 11) *a*) O wieloogniskowem występowaniu raków. *b*) Przyczynek do techniki szwu nerwowego. Napisał dr. Władysław Dziewoński. 12) Przyczynek do należytego oceniania plam z krwi pochodzących. Podał dr. Justyn Karliński. 13) Tymczasowe doniesienie z doświadczeń nad wpływem wody marienbadzkiej na czynność ruchową i wydzielniczą żołądka. Podał dr. Józef Latkowski. 14) O wpływie promieni słonecznych na bakterye. Podał dr. Wawrzyniec Kędzior. 15) Mięsak jądra u dziecka, przerzut w mózgu i rdzeniu. Podał dr. Jan Landau. 16) O tak zwanej „*mors thymica*“. Napisał dr. Włodzimierz Sieradzki. 17) Dwa przypadki ciąży zamacicznej. Podał dr. Zygmunt Wachtel. 18) Zakrzep środkowej żyły siatkówkowej wśród blednicy. Napisał dr. Teodor Bałłaban. 10) W sprawie leczenia gorączki połogowej surowicą przeciwpaciorkowcową Napisał dr. Władysław Hojnacki. 20) Skład chemiczny „troponu“ i jego wartość odżywcza ze stanowiska teoretycznego. Podał dr. Ignacy Lemberger. 21) O próbie Florence'a i jej znaczeniu w praktyce sądowolekarskiej. Podali dr. Wincenty Witaliński i dr. Stefan Horoszkiewicz. 22) Przyczynek do nauki o ciąży zamacicznej (*graviditas ectopica*). Podał dr. Stanisław Braun. 23) O przyrządzie Riegler'a, służącym do oznaczania ilościowego cukru w moczu. Podał dr. Maryan Piątkowski. 24) Kilka danych statystycznych o chorobach płciowych. Podał na podstawie własnych spostrzeżeń dr. Czesław Uhma. 25) Kilka słów o zapaleniu gruźliczem otrzewny. Podał dr. Józaf Wiczkowski. 26) Z kazuistyki samobójstw przez postrzał. Podał dr. Leon Wachholz. 27) O chorobie Thoursen'a (*dilitatio ventriculi cum gastritide acida*), wyleczenie. Podał dr. Mieczysław Nartowski. 28) Patologiczne znaczenie wolnego uchyłka Meckel'a. Podał dr. Hilary Schramm. 29) O upustach krwi w zapaleniu płuc. Skreślił dr. Wilhelm Pisek. 30) O nadżerkach i owrzodzeniach powierzchownych żołądka „*erosionos et exulcerqtiones*“ i stosunku ich do wrzodu żołądka, „*Ulcus rotundum ventriculi*“. Podał dr. Antoni Gluziński. 31) Przemiana materyi podczas gromadzenia się i ustępowania przesięku jamy brzusznej (*ascites*). Podali dr. Juljan Marichler i dr. Eugenjusz Ozarkiewicz. 32) O zachowaniu się krwi w niedokrwistości urazowej „*anaemia traumatica*“: Napisał dr. St. Eljasz Radzikowski. 33) Znaczenie rozpoznawcze badania drobnowidzowego krwi przy raku i wrzodzie okrągłym żołądka ze szczególnem uwzględnieniem leukocytozy trawiennej. Podał dr. Roman Rencki. 34) *Aquae minerales — aquae medicinales effervescentes*. Napisał dr. Walery Jaworski.

S.

IX. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

W dalszym ciągu zgłoszono: W sekcyi I (matematyczno-fizycznej): Wykład: 6) Lucyan Emil Böttcher (Lwów); „Historyczny przegląd rozwoju teoryi równań funkcyjnych".

XIV. A. Sekcya chirurgiczna.

podaje do wiadomości następujący swój program:

I. Temata obrad obrad ogólne. 1) „O leczeniu wrzodu żołądka". Sprawozdawcy: Prof. Dr. Rydygier i prof. Dr. Gluziński (Lwów). Na posiedzeniu wspólnem z sekcyą medycyny wewnętrznej, XIII). 2) „O leczeniu kamicy żółciowej". Sprawozdawcy: Dr. Krajewski i Dr. Rejchman (Warszawa). (Na posiedzeniu wspólnem z sekcyą medycyny wewnętrznej, XIII). 3) „Etylogia raków ze stanowiska klinicznego". Sprawozdawca: Prof. Dr. Kader (Kraków) (koreferat do wykładn prof. Dr. Browicza: „Etyologia nowotworów": na posiedzeniu wspólnem z sekcyą patologiczną, XII). 4) „Środki obronne ustroju w walce przeciw zakażeniu). Sprawozdawca: Prof. Dr. Kader (Kraków). 5) „O wskazaniach do chirurgicznego leczenia przewlekłego ropienia ucha środkowego". Sprawozdawcy: Dr. Heiman i Dr. Guranowski (Warszawa). (Na posiedzeniu wspólnem z sekcyą laryngologiczną-otyatryczną XIV, B).

II. Odczyty i demonstracye. 1) Radca dworn prof. Dr. Rydygier (Lwów). „Krótki pogląd na udział chirnrgów polskich w rozwoju nowoczesnej chirurgii przewodu pokarmowego" (144). 2) R. d. prof. Dr. Rydygier (Lwów) „Demonstracya ciekawych preparatów zapalenia wyrostka robaczkowego" (*appendicitis*) (147). 3) Dr. Borsuk (Warszawa). „Przyczynek do enteroanastomozy" (146). 4) Dr. Sołowiejczyk (Warszawa). „*Herniae artificiates*". (147). 5) Dr. Oderfeld (Warszawa). „O przepuklinach zgorzelinowych". (148). 6) Dr. Oderfeld (Warszawa). (Dokładny tytuł podany będzie później (149). 7) Dr. Watten (Łódź). „Przyczynek do chirurgii trzustki" (151). 8) Dr. Sawicki (Warszawa). „Przypadek ropnia trzustki.— Ropienie trzustki" (151). 9) Dr. Kaczkowski (Kraków). „Chirurgiczne zabiegi przy guzach głowy trzustki". (152) 10) R. d. prof. Dr. Rydygier (Lwów). „O nowotworach odbytnicy" (153). 11) Dr. Gerzabek (Kraków). „O zapobieganiu krwotokom przy operacyi na odbytnicy" (154). 12) Dr. Brunner (Warszawa). „*Atresia ani congenita*" (155). 13) Doc. Dr. Kryński (Kraków). „Grużlica jądra". (156), 14) Dr. Zembrzuski (Warszawa). „Pięciodniowe zatrzymanie moczu" (158). 16) R. d. prof. Dr. Rydygier (Lwów). „O leczeniu przerostu gruczołu krokowego" (159). 17) Dr. Grosglik (Warszawa). „O leczeniu przerostu gruczołn krokowego za pomocą sposobu Bottiniego" (160). 18) R. d. prof. Dr. Rydygier (Lwów). „Kilka słów o szwie pęcherzowym i operacyach na pęcherzu wogóle" (161). 19). Docent Dr. Kryński (Kraków). „O leczeniu następowem po *sectio alta*" (162). 20) Prof. Dr. Ziembicki (Lwów). „Przyczynek do litotrypsyi" (163). 21) Dr. Herman (Lwów). „Aseptyka cewnikowania" (164). 22) Dr. Grosglik (Warszawa). „Przyczynek do chirurgii moczowodów" (165). 23) Dr. Gabszewicz (Warszawa). „Z chirurgii nerek" (166). 24) Dr. Krajewski (Warszawa). „O osteoplastycznych operacyach na miednicy" (167). 25) Dr. Sawicki (Warszawa). „Laminektomia przy *Spondyllitis*" (168). 26) Dr. Sawicki (Warszawa). Tytuł podany będzie później (169). 27) Dr. Herman (Lwów). „O postępowaniu leczniczem wobec zwichnięć zastarzałych", (170) 28) Dr. Leśniowski (Warszawa). „Przyczynek do Patolcgii i terapii zapaleń stawów (181). 29) Prof. Dr. Ziembicki (Lwów). „Przyczynek do leczenia stopy szpotawej" (172). 30) Dr. Ruff (Lwów). „O nowotworach na kończynach" (173). 31) Doc. Dr. Kryński (Kraków). „*Gangranea spontanea*" (174). 32) Dr. Kociatkiewicz (Warszawa). „O leczeniu operacyjnem grużlicy gru-

czołów szyjnych“ (175). 33) Dr. Gabszewicz (Warszawa). „O guzach śliniank przyusznej“ (176). 34) Doc. Dr. Barącz Tytuł podany będzie później (178) 36) Dr. Brunner (Warszawa). „Z dziedziny chirurgii serca“ (179). 37) Dr. Sawicki i Dr. Flatau (Warszawa) Badania doświadczalne i drobnowidzowe z dziedziny chirurgii nerwów obwodowych“. (Na posiedzeniu wspólnom z sekcyą XI, anatomiczno-fizyologiczną) (45). 38) Dr. Watten (Łódź). „Minimum ostrożności anti- i aseptycznych, jakie przedsiębrać należy w praktyce prywatnej chirurgicznej i ginekologiczno-położniczej“ (180). 39) Doc. Dr. Bossowski (Kraków). (Tytuł podany będzie później) (180). 40) Doc. Dr. Rutkowski (Kraków). (Tytuł podany będzie później) (182). 41) Dr. Leszczyński (Warszawa). „Badania nad środkami ogólnie znieczulającymi“. (Na posiedzeniu wspólnem z sekcyą XV, dentystyczną) (64) 42) Dr. Wachtel (Kraków). (Tytuł podany będzie później) (183). 43). Dentysta Idzikowski (Warszawa). „O znieczulaniu tlenkiem azotu“. (Na posiedzeniu wspólnem z sekcyą XV, dentystyczną) (184). 44) Dr. Gawlik (Kraków). „W sprawie cucenia pozornie zmarłych wśród narkozy“ (185). 45) Dr. Droba (Kraków). „O zmianach anatomo-patologicznych pod wpływem zakażenia gruźliczego, na podstawie doświadczeń na zwierzętach“. (Na posiedzeniu wspólnem z sekcyą XII, patologiczną). (186). 46) Dr. E. Flatau i Dr. Leśniowski (Warszawa). „Uszkodzenie rdzenia pacierzowego ze specyalnem uwzględnieniem odruchów“. (Na posiedzeniu wspólnem z sekcyą XVII neuropatologiczną) (61). 47) Dr. Urbanik (Kraków). „O infuzyi i hypodermoklizie“ (187).

Komitet gospodarczy sekcyi chirurgicznej przypomina uczestnikom zjazdu w sprawie regulaminu obrad, że:

1) Temata obrad ogólne (referaty) nie mogą trwać dłużej nad 25 minut, odczyty i demonstracye nie dłużej nad 15 minut, a zabierający głos w dyskusyi tak nad referatami, jak nad odczytami nie mogą przemawiać dłużej nad 5 minut.

2) Temata odczytów na zjazd przyjmuje komitet gospodarczy sekcyi chirurgicznej tylko do d. 1 czerwca 1900 r.

Wykłady wypowiedziane na posiedzeniach sekcyi chirurgicznej drukowane będą wraz z dyskusyą „*in extenso*“ w „Przeglądzie chirurgicznym“ niezależnie od streszczeń, pomieszczonych w „Dzienniku Zjazdu“.

Streszczenia zamierzonych wykładów dla „Dziennika Zjazdu“ należy nadsyłać do d. 1 czerwca 1900 na ręce gospodarzy lub sekretarzy odpowiednich sekcyj.

Wydawca: Dr. J. Koliński. **Redaktor:** Dr. S. Sterling.

Дозволено Цензурою. Г. Лодзь, 12 Апрѣля 1900 г. Druk K. Kolińskiej, Średnia 23.